

Cuestionario de Alimentación Prenatal

Su nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/____ Fecha de Hoy: ___/___/____

- Por favor marque todos los siguientes que tenga que le trabajen. Estufa Horno Micro Ondas Refrigerador
- ¿Cuántas veces al día come? Comidas _____ Meriendas _____
- ¿Hay algunas comidas o bebidas que usted no puede comer o no va a comer? No Si, por favor escriba _____
- ¿Hay algunas comidas que usted piensa que no las come lo suficiente? No Si, por favor escriba _____
- ¿Qué es lo que normalmente bebe? (Por favor maque todos los que aplican.) Leche Agua Jugo/Bebidas de Jugo
 Gatorade/Bebidas Deportivas Vino/Cerveza/Bebidas alcohólicas Café/Té Té de Hierbas Chocolate Caliente
 Soda/Kool-Aid Soda de Dieta Otro: _____
- ¿Qué tan seguido bebe leche? Varias veces al día Una vez al día Menos de una vez al día No bebo leche
¿Qué clase de leche bebe usualmente? Vaca (___Entera (Vitamina D) ___Reducida/Baja en grasa (2%, 1% o ½%) ___Descremada)
 Sin Lactosa Evaporada Condensada Soya Arroz Cabra
 Cruda (Vaca o Cabra) Otro: _____
- ¿Cuántas veces come frutas y verduras durante un día normal? _____ No como frutas o verduras
¿Cuáles frutas y/o verduras (no jugo) usted come usualmente? (Por favor maque todos los que aplican.) Plátanos Uvas
 Manzana/Puré de Manzana Naranjas Peras Zanahorias Ejotes Papas Papas Francesas
 Maíz Brótelas Tomate Otro: _____
- ¿Cuántas veces come comidas con proteína durante un día normal? _____ No como comidas con proteína
- ¿Qué comidas con proteína usted come usualmente? (Por favor maque todos los que aplican.) Res/Búfalo Pollo/Pavo Pescado/Mariscos
 Puerco/Cordero Salchichas/Carne de Almuerzo Meat Spreads/Pâté Frijoles secos Huevos Tofu Yogurt
 Queso Suave (Feta, Brie, Blue-Veined, y Queso Fresco) Queso Duro (Americano, Cheddar, Suizo...) Otro _____
- ¿Usted a veces come cosas que no son comida como cenizas, tiza, barro, tierra, grandes cantidades de hielo, o almidón (de lavandería o maicena)?
 No Si
- ¿Usted esta en una dieta especial? No Si, Por favor describa _____
- ¿Cuánto peso cree que debe aumentar con este embarazo? _____ Libras
- ¿Ha mirado a un doctor para este embarazo? No Si, fecha de la primera visita ___/___/____ # de visitas _____
- ¿Esta usted esperando gemelos, triples, etc.? No Si
- ¿Esta teniendo algún problema/complicación con este embarazo? Acidez estomacal Nausea y vomito Diabetes gestacional
 Alta presión Estreñimiento Diarrea Perdida de peso Otro, por favor describa _____
- ¿Usted tiene algún problema medico/salud/dental? No Si por favor escriba _____
¿Fue este problema diagnosticado por un doctor/dentista? No Si
- Por favor marque y describa todos los siguientes que usted toma. **(Toda la información dada al programa de WIC es confidencial.)**
 Medicamento sin receta (laxativo, para dolor, etc.) _____
 Medicamento recetado _____
 Vitaminas y/o suplemento de minerales _____
 Hierbas/Suplemento de Hierbas (Echinacea, Jengibre, etc.) _____
 Tabaco Drogas callejeras (Marihuana, cocaína, metanfetamina, etc.) Otro: _____
- ¿Ha tenido un examen de plomo de la sangre? No Inseguro Si, ¿Donde? _____
- No incluyendo esta vez, ¿Cuántas veces ha estado embarazada? _____ **(Si este es su primer embarazo pare aquí)** 
 - ¿Cuándo termino su último embarazo? ___/___/____
 - ¿Esta ahora amamantado a un bebé/niño/a? No Si
 - Por favor marque cualquier de los siguientes que sea cierto de sus embarazos anteriores.
 Mi bebé nació mas de 3 semanas antes Mi bebé nació pesando menos de 5 libras 9 onzas
 Mi bebé nació pesando 9 libras o mas Mi bebé nació con un defecto de nacimiento
 Mi doctor me dijo que tenia diabetes gestacional No tuve complicaciones
 Otro, por favor escriba _____